

A Importância do Psicólogo na Mediação do Stresse da Comunicação “Médico/Utente” nas Consultas Externas de Neurocirurgia do Hospital dos Capuchos

The Importance of the Psychologist in Mediating “Doctor-Patient” Communication Stress in Outpatient Neurosurgery at the Capuchos Hospital

Charles Rodrigues¹

PSIQUE – ISSN 1647-2284 – N.º 8 – Janeiro-Dezembro 2012 – pp. 189-199

Recebido em 10/5/2012; aceite em 9/9/2012

Resumo

Todo o processo que envolve a comunicação é de extrema relevância, sendo tanto ou mais importante, quanto mais útil for a comunicação para a satisfação das necessidades básicas de sobrevivência do homem.

Este trabalho pretendeu demonstrar que o stresse parece contribuir largamente para as dificuldades de comunicação entre médico/utente e que nesta ligação é importante um terceiro elemento, o psicólogo.

O enquadramento nas organizações de saúde é de extrema importância, principalmente, nas instituições públicas, porque muitas das vezes, o processo de comunicação é gerador de stresse e acaba por promover no utente um grande sofrimento.

¹ Cruz Roja Española O.P. de Badajoz. Centro de dia de Alzheimer - Neuropsicólogo. Universidade da Extremadura - PhD student. Bajadoz - España. E-mail: charles.rodrigues@campus.ul.pt

Palavras-chave: instituição hospitalar, mediação de stresse, médico/utente, organizações de saúde, stresse.

Abstract

Any process which involves communication is of extremely relevance, yet it becomes more important when communication is used to satisfy a person's basic need of survival.

This paper seeks to demonstrate that stress contributes significantly to the difficulties in communication between doctor/patient and that in this process a third element also important, the psychologist.

The environment in health organizations is extremely important, especially in public institutions, because often the communication process generates stress and it turns out to cause great suffering to users.

Keywords: doctor/patient, health organizations, hospital, mediation of stress, stress

Introdução

A palavra latina *communicare*, cujo sentido é colocar em comum, deu origem à palavra portuguesa comunicar e assim como afirmou Freire (1988), não teríamos humanidade ou sociedade se não tivesse sido criado este gigantesco mundo da comunicabilidade.

Segundo Teixeira (1996) poderemos desde logo verificar uma diferença que contribuirá em muito para uma comunicação difícil entre médico e utente. Se não vejamos, enquanto o utente pretende saber qual o seu problema: *Porque nesta altura da minha vida? Desde quando estou doente? É um problema grave?* O médico interessa-se, principalmente, pelo desenvolvimento sintomatológico do utente.

Muitos podem ser os factores externos que dificultam a comunicação neste registo, mas o objectivo deste trabalho esteve na apreciação de um único factor interno, o stresse. Quais os níveis de stresse que o utente

apresenta antes e depois de uma consulta? Poderá o stresse dificultar a comunicação entre médico e utente?

O termo stresse tem coexistido com a incessante busca do seu significado, foi universalizado pela linguagem de todos os povos do mundo e associado às ciências sociais e humanas, sendo que nos dias de hoje o fenómeno do stresse está vinculado às mudanças bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas.

Segundo Pavón (2004), a palavra stresse é originária do latim *stringere* e a sua contextualização significa *provocar tensão* e se a origem da palavra suscita um profundo recuo no tempo, o interesse por este fenómeno, segundo Mayers (1999), remonta a tempos ainda mais antigos, sendo que foi na antiga Grécia que nasceram as primeiras anotações e pensamentos, escritos por Hipócrates (470-377 a.c.).

Em 1923, Cannon foi o progenitor daquele que viria a ser um dos primeiros modelos do fenómeno stresse, designado pelo modelo de *luta ou fuga*, este modelo incidia, essencialmente, num processo de luta ou fuga do indivíduo em relação aos agentes stressores.

Seis anos depois em 1929, Cannon, a partir dos seus trabalhos de fisiologista insere no contexto o termo homeostase, que se refere à capacidade de reacção e que consiste na tentativa de restabelecimento e auto-regulação dos diversos sistemas orgânicos, após o desequilíbrio dos mesmos causados por um ou mais agentes stressores. No entanto e porque existe um limite das capacidades de auto-regulação, o nosso organismo terá de reagir voluntariamente na procura do equilíbrio ou da própria superação dos desníveis que não puderam ser restabelecidos por via da homeostase.

Conforme refere Piaget (1986), o organismo quando em relação no meio ambiente, apresenta diversas formas de equilíbrio, desde a postura até a homeostase, sendo estas formas indispensáveis à vida. O autor fala então de características intrínsecas, assim, os desequilíbrios que prevalecem no tempo constituem estados patológicos, orgânicos ou mentais.

Na história, todo o protagonismo e direito de paternidade sobre o fenómeno do stresse foi atribuído a Hans Selye, médico canadiano, que ao longo de quatro décadas de pesquisa e trabalho (1936 – 1976), deu conti-

nuidade aos estudos de Cannon e em 1956, descreveu o stresse como uma reacção unidimensional do organismo quando o mesmo fica submetido a agentes stressores, denominando o fenómeno de *Síndrome de adaptação Geral*.

O stresse é reconhecido como um dos riscos mais sérios ao bem-estar psicossocial do indivíduo, autores afirmam que entre 50 a 80% de todas as doenças têm fundo psicossomático ou estão relacionados a altos níveis de stresse (Bateman & Strasse, 1984).

Segundo (Oliveira, 2006), o stresse surge no indivíduo como um estado de activação inerente a um estímulo externo e que alerta o organismo sobre uma mudança causadora de instabilidade. Só posteriormente ao reconhecimento orgânico do estímulo stressor é que se dará início ao desencadear das reacções emocionais. Na prática, poderemos sintetizar dizendo que a partir de um estímulo externo ou acontecimento poder-se-á desencadear o stresse e, este, por sua vez, poderá desencadear seguidamente reacções emocionais, sendo que a reacção emocional poderá potencializar ainda mais stresse no indivíduo.

O stresse que se possa vivenciar em determinado momento, conforme refere Mayers (1999), depende directamente da forma como determinado evento é percebido ou avaliado por um indivíduo. O exemplo que o autor nos apresenta é o de alguém que está em casa, sozinho, e que perante algum ruído poderá ignorá-lo sem experimentar qualquer stresse ou então, ao ouvir o ruído poderá associá-lo à presença de um intruso na casa e ficar alarmado, experimentando stresse. Mayers (1999), ainda faz a analogia com o exemplo de um indivíduo que ao mudar de emprego, possa ver essa mudança como um desafio, sem stresse ou como um risco de fracasso, experimentando stresse.

Assim, como Oliveira (2006) referiu no seu artigo sobre a delimitação do stresse, o termo acaba por contextualizar-se na sua condição, na sua causa e também no seu efeito, sendo ainda hoje descrito como se o stresse não se consiga distinguir dos correlatos fisiológicos das emoções.

O certo é que o factor biológico de libertação do *cortisol* e a limitação da homeostase, podendo ou não passar a um stresse crónico, podendo

ou não dar origem a sintomatologia psicossomática no indivíduo, poderá interferir na comunicação do mesmo.

Metodologia

Participantes

Participaram neste estudo 80 indivíduos (40 indivíduos do sexo feminino e 40 indivíduos do sexo masculino), com idade $M = 48,61$, variando entre os 25 e os 82 anos de idade, que constituíram uma amostra de conveniência.

Da amostra total de 80 indivíduos, metade da amostra (50%) estiveram em consulta pela primeira vez, para avaliação e pedido de exames (20 indivíduos do sexo feminino e 20 indivíduos do sexo masculino), enquanto a outra metade da amostra estiveram em consulta para diagnóstico (20 indivíduos do sexo feminino e 20 indivíduos do sexo masculino).

A amostra foi dividida em duas para de alguma forma tentarmos perceber as diferenças demasiadamente relevantes de stresse dos participantes que se encontravam nesse dia na consulta para saberem o diagnóstico do seu problema de saúde e os que vinham para avaliação.

Material

Para este estudo foi utilizada uma escala, a escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), que avalia os estados afectivos de depressão, ansiedade e stresse, embora neste trabalho apenas utilizamos os parâmetros da avaliação referentes ao stresse.

Os indivíduos avaliaram a intensidade com que experienciam cada sintoma antes e depois da consulta, numa escala de 4 pontos de frequência: “não se aplicou nada a mim”; “aplicou-se a mim algumas vezes”; “aplicou-se a mim muitas vezes”; “aplicou-se a maior parte do tempo”.

A DASS incorpora uma subescala de stresse que inclui 14 itens, cujos conceitos se referem: Dificuldade em relaxar (três itens); Excitação Ner-

vosa (dois itens); Facilmente Agitado (três itens); Irritável (três itens); Impaciente (três itens).

O resultado da subescala do stresse foi determinado pela soma dos resultados dos 14 itens. A nota desta subescala poderá ir de um mínimo de “0” a um máximo de “42”, sendo que notas mais elevadas correspondem a estados afectivos mais negativos.

Os resultados desta escala foram analisados em função do programa SPSS, apresentando a média e respectivo desvio padrão e contribuiu para as correlações necessárias com o stresse.

Procedimento

Todos os participantes preencheram a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) antes da consulta, para medir os seus níveis de stresse antes de comunicarem com o médico.

Depois da consulta, todos os participantes voltaram a preencheram a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) , para ver novamente os níveis de stresse, mas desta vez, depois do fenómeno da comunicação “médico/utente”.

Todos os participantes, antes e depois da consulta passaram por um gabinete onde preencheram a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS). Este gabinete teve o intuito de garantir um ambiente mais estável e privado durante as avaliações, por forma a que não se sentissem, de alguma forma, intimidados pelos restantes indivíduos que geralmente se encontram nos corredores.

Este espaço teve também o objectivo de tentar diminuir os estado de ansiedade natural que qualquer utente experiencia antes de uma consulta, sendo que este estado de ansiedade poderá ser maior nos doentes que aguardam pela consulta de diagnóstico. A ansiedade constitui uma variável parasita deste estudo, isto é, uma variável que não podemos controlar e foi através de uma maior tranquilidade que o gabinete pode proporcionar aos participantes que tentamos reduzir a sua influência no fenómeno que realmente queríamos estudar, o stresse.

Foram informados da intenção do questionário e sabiam que no momento em que estivessem a preencher a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), estariam acompanhados por um aluno de psicologia, estagiário naquele mesmo hospital.

Análise de Dados

Em função à análise dos dados parece-nos, antes de mais, que nas consultas de rotina, a resposta (0) “não se aplicou a mim” foi escolhida em $M = 60\%$ e todos os outros valores da escala apresentam $M = 40\%$.

Este poderá ser um indicador de que nas consultas de rotina o stresse é significativamente mais baixo que nas consultas de diagnóstico, onde o valor (2) “aplicou-se a mim muitas vezes” representa $M = 55\%$ e o valor (1) “aplicou-se algumas vezes” representa $M = 30\%$.

Além de se notar valores significativos de stresse poderemos também observar que no sexo feminino $M = 38,9\%$ está no valor (0) “Não se aplicou nada a mim”, sendo que os outros valores estão distribuídos mais linearmente.

O sexo masculino parece apresentar menos stresse, $M = 8,3\%$ está no valor (0) “Não se aplicou nada a mim”, mas tem uma distribuição menos linear e $M = 50\%$ está no valor (1) “aplicou-se algumas vezes”, ainda que a diferença não seja estatisticamente representativa.

Relativamente aos valores que representam a média da análise entre as duas passagens da *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), poderemos dizer que: Depois da consulta de avaliação os doentes apresentaram basicamente os mesmos níveis de stresse que antes da consulta, sendo que a resposta (0) “não se aplicou a mim” foi assinalada em $M = 60\%$ e todas as outras respostas da escala apresentam $M = 40\%$. Enquanto a resposta (2) “aplicou-se a mim muitas vezes” representa apenas $M = 8\%$.

Por outro lado, depois da consulta de diagnóstico, os valores apresentam uma média mais elevada, isto é, maiores níveis de stresse em comparação a passagem da mesma escala aos pacientes que saíram da consulta de avaliação. Assim, na primeira passagem da DASS, antes da entrada para a consulta de diagnóstico pudemos apurar que a resposta (0)

“não se aplicou a mim” foi assinalada em $M = 72\%$ e todos os outros valores da escala apresentam $M = 28\%$. Enquanto a resposta (2) “aplicou-se a mim muitas vezes” representa apenas $M = 53\%$.

Da análise de dados, verificamos que na segunda passagem da escala aos doentes em consulta de diagnóstico, isto é, aos que saiam da consulta de diagnóstico, não foi visível uma diferença que se considere estatisticamente significativa em relação à passagem que efectuamos antes da mesma consulta, no entanto, os níveis de stresse apresentaram-se ligeiramente mais baixos.

Na primeira passagem da *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), o tempo não ultrapassou os 10 minutos por paciente, em qualquer um dos grupos o stresse estava centrado na dúvida e no tempo que ainda teriam de esperar para falar com o médico. Por outro lado os doentes não se concentravam completamente no teste, pois estavam sempre com atenção à chamada da assistente, pois não queriam arriscar terem de esperar mais tempo pela tão ansiada conversa com o médico. Na segunda passagem da escala, e conseqüentemente depois da consulta, pudemos constatar que os resultados foram bem mais reactivos por parte dos participantes.

Para que fosse possível uma avaliação qualitativa foram postas duas questões abertas a todos os participares deste trabalho:

- *É importante para si ser tratado como pessoa pelo médico?*
- *Sente-se mais confiante quando lhe explicam os procedimentos do tratamento?*

A segunda passagem da escala teve um tempo de duração médio de 30 minutos.

Relativamente à primeira questão apenas 2 pessoas referiram que é importante, uma vez que todas as outras qualificaram a questão como: *fundamental, de valor, muito importante, é o que me leva a querer ser acompanhada neste hospital, é isso que me faz gostar tanto do Sr. doutor...*

Relativamente à segunda questão a resposta foi unânime no sentido da concordância e qualificaram a questão como: *é importante saber para que estamos a tomar determinado medicamento, porque vamos fazer determinado exame, porque vamos fazer uma cirurgia...*

Acima de tudo a satisfação é unânime pelo aspecto do conhecimento das causas, da orientação para os métodos diagnósticos, para o entendimento da terapia e pela sinceridade dos resultados da mesma no decorrer do processo.

Tentamos ir um pouco mais longe aplicando uma análise observacional que se relaciona em efectivo com as possibilidades de observação que tivemos durante o período de relação com os pacientes, a quando da segunda passagem da escala.

Muitos dos doentes acabaram por utilizar aquele espaço para desafogar as suas mágoas. Alguns doentes choraram, outros conversaram e dois doentes apenas preencheram a escala e saíram devido aos grandes níveis de ansiedade.

Das pessoas que demonstraram uma maior subtileza emocional e que por isso expressaram os seus sentimentos naqueles breves minutos, constatamos que o sofrimento nem sempre está motivado unicamente à passagem pelo médico, constata-mos outras situações tais como:

- *Pessoas que estão doentes e que em casa cuidam de pessoas que também estão doentes e por vezes em situação ainda pior que a do próprio doente.*
- *Pessoas sem recursos para poderem comprar os medicamentos que precisam para se tratarem.*
- *Pessoas que estão desempregadas e que não podem trabalhar por causa dos seus problemas de saúde e que o dinheiro mal dá para sobreviverem.*
- *Pessoas com filhos doentes que estão desempregadas e cujos maridos são alcoólicos.*
- *Pessoas que estão doentes e que os filhos não os cuidam, quer por terem enveredado por caminhos como a toxicodependência, quer pelo próprio estatuto social...*

Conclusão

Pelos valores aqui analisados, pudemos observar que os utentes, antes das consultas externas de Neurocirurgia do Hospital dos Capuchos, encontram-se com maiores níveis de stresse do que depois das consultas, sendo que o stresse é maior quando se trata de consultas de diagnóstico.

Poderemos ainda referir que o sexo masculino apresentou menores níveis de stresse que o sexo feminino, ainda que estes valores não sejam estatisticamente significativos.

Parece-nos também que a comunicação utilizada pelo médico é bastante representativa para a descida dos níveis de stresse, assim como vimos nos valores de ambos os grupos em relação as questões apresentadas sobre a comunicação.

Pudemos ainda verificar que o sofrimento dos doentes, que muitas vezes prejudica a comunicação “médico/utente”, é algo que não depende apenas dos níveis de stresse que apresentam antes da consulta, mas que poderá depender também de um estado emocional representativo da sua relação diária com problemas pessoais e sociais, assim como pudemos constatar.

Finalmente, verificamos que muitos dos utentes que participaram neste estudo, apresentam um grande sentimento de injustiça, quer pelo processo burocrático, quer pelos tempos de espera das consultas a marcar, dos exames, das cirurgias e por vezes do tempo que têm de esperar para serem atendidos pelo médico. Assim, parece-nos bastante importante, que estes utentes tenham a possibilidade de beneficiarem de consultas de apoio psicológico em simultâneo com este processo de avaliação e diagnóstico neurocirúrgico.

Referências

- Bateman, T. S., & Strasser, S. (2008). A longitudinal analysis of the antecedents of organizational commitment. *Academy of Management Journal*, 27(1), 95-112.
- Freire, P. (1988). *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Mayers, D. (1999). *Introdução a psicologia geral*. Rio de Janeiro: LTC.

Oliveira, E. A. (2006). *Delimitando o conceito de stress*. Campinas: Faculdade Comunitária de Santa Bárbara.

Pavón, J. (2004). *Estrés y trabajo*. Córdoba: Universidade de Congresso.

Piaget, J. (1996). *O nascimento da inteligência na criança*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Teixeira, J. A. C. (1996). Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 14(1), 135-139.